



# Well Child Questionnaire

Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Do you have any concerns about your child today?  Yes  No

When was last well exam (age)? \_\_\_\_\_ Has your child seen a dentist?  Yes  No

Do you vaccinate your child?  Yes  No Are the vaccinations up to date?  Yes  No

Does your child see any specialists?  Yes  No

Doctor \_\_\_\_\_

Condition seen for \_\_\_\_\_

### Social/Environmental History

Parents (circle): married, separated, living together

Who lives with the child: \_\_\_\_\_

Do parents work outside of the home?  Yes  No

School Attended and Grade: \_\_\_\_\_

Daycare/MDO: \_\_\_\_\_

Problems and home or school:  Yes  No \_\_\_\_\_

Where does the child sleep? \_\_\_\_\_ Does your child sleep well?  Yes  No

Does your child use a car/booster seat?  Yes  No Smokers in/out of the home?  Yes  No

Is your house childproofed?  Yes  No Guns in the home?  Yes  No

Is child in sports/school activities?  Yes  No \_\_\_\_\_

Problems going to the restroom?  Yes  No \_\_\_\_\_

### Feeding/Diet: (circle all that apply)

#### Infants/Toddlers:

Breast/Bottle  
Table food/Gerber \_\_\_\_\_ jars per day  
Formula/Cow's Milk/Other \_\_\_\_\_ oz per day

#### Children/Teens

Healthy diet  
Little junk Food  
Mostly junk Food

### Patient Tobacco History ( older than 13 years old)

Never smoker  Yes  No  
Current smoker  Yes  No  
Former smoker  Yes  No

### Menstrual Cycle

Has started period  Yes  No Age of first period: \_\_\_\_\_ Years  
Has monthly period  Yes  No Last menstrual period \_\_\_\_\_

# Lista de comprobación de audición para los padres

## Información del cliente

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_  
 No. de SS/Expediente: \_\_\_\_\_  
 Raza o etnicidad: \_\_\_\_\_  
 Informante/Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Médico personal: \_\_\_\_\_

De 0 a 3 años	Si	No	
De 0 a 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé se tranquiliza por un momento cuando le habla?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé actúa sorprendido o deja de moverse por un momento cuando hay ruidos fuertes repentinos?
De 4 a 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé dirige la mirada o gira la cabeza hacia el sonido de su voz si no la está viendo?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé sonríe o deja de llorar cuando le habla usted u otra persona que él conoce?
De 7 a 9 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé deja de hacer lo que está haciendo y pone atención cuando le dice "no" o lo llama por su nombre?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé gira la cabeza hacia todos lados y trata de encontrar de dónde viene algún sonido nuevo?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé hace sonidos repetidos ("gu-gú, dadá")?
De 10 a 15 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé le da a usted juguetes u otros objetos (la botella) cuando se los pide, sin tener que usar gestos (extender la mano o señalar)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su bebé señala con el dedo objetos familiares si se lo pide ("el perro", "la luz")?
De 16 a 24 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo usa principalmente la voz para conseguir lo que quiere o cuando quiere comunicarse con usted?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo puede ir a buscar objetos familiares guardados en lugares regulares si usted se lo pide ("Vé por tus zapatos")?
De 25 a 36 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo responde a diferentes tipos de preguntas ("Cuándo", "Quién", "Qué")?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo distingue sonidos diferentes (el timbre del teléfono, gritos, el timbre de la puerta)?

**Si contestó "No" a cualquiera de las preguntas anteriores pida a su médico un examen auditivo para su bebé. Se puede examinar a los bebés tan pronto como el día de su nacimiento.**

Fecha de la visita	Edad	Resultado	Firma del proveedor
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			



## Cuestionario sobre su niño y la Tuberculosis.

Nombre del niño (a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Su nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Necesitamos su ayuda para saber si su niño(a) ha estado expuesto a la enfermedad de la tuberculosis.

La tuberculosis es causada por gérmenes. Esta enfermedad comúnmente se transmite mediante la tos o un estornudo. Una persona puede tener los gérmenes de la tuberculosis en su cuerpo pero no estar activos. La tuberculosis puede tratarse y prevenirse. Sus respuestas a las preguntas que aparecen abajo nos dirán si su niño(a) podría haber estado expuesto(a) a la tuberculosis. Si sus respuestas nos dicen que su niño(a) pudo haber estado expuesto a los gérmenes de la tuberculosis, queremos hacerle un examen de tuberculosis en la piel. Este examen no es una vacuna contra la tuberculosis pero puede prevenir la enfermedad. Sólo nos dejará saber si su niño(a) tiene gérmenes de tuberculosis.

Marque la casilla con su respuesta:	Si	No	No sé
1. ¿Le han hecho un examen de la tuberculosis recientemente a su niño(a)? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha)    /    /			
2. ¿Tuvo alguna vez su niño(a) una reacción positiva al examen de la tuberculosis? Sí? (si contesta sí, díganos la fecha)    /    /			
3. La tuberculosis puede causar fiebre que puede durar días y hasta semanas. También puede causar pérdida de peso, tos severa (puede durar hasta dos semanas), o tos con sangre.			
a. ¿Ha estado su niño(a) cerca de una persona con estos síntomas?			
b. ¿Ha estado su niño(a) cerca de alguna persona enferma con tuberculosis?			
c. ¿Ha tenido su niño(a) alguna vez uno de estos problemas o los tiene ahora?			
4. ¿Nació su niño(a) en México o en algún otro país fuera de los Estados Unidos? ¿En qué país (fuera de los Estados Unidos) nació su niño(a)?			
5. ¿Viajó su niño(a) a México o a cualquier otra parte de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia por más de 3 semanas? ¿Qué país o países visitó su niño(a)?			
6. ¿Sabe si su niño(a) pasó más de 3 semanas con alguna persona que:			
Usa jeringuillas para usar droga?			
Tiene VIH?			
Ha estado en la cárcel?			
Ha llegado recientemente a los Estados Unidos desde otro país?			

### FOR THE PROVIDER:

If the prior test was negative and the answer to #4 is yes, the child does not need a repeat skin test.

If the prior test was negative and occurred at least 8 weeks after the situation described in #3a, 3b, 5, or 6, the child does not need a repeat skin test.

If the prior test was positive, the child does not need a repeat skin test; but a positive answer to #3c would indicate a chest x-ray as soon as possible.

TST administered Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, Date administered \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Date read \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ TST reaction \_\_\_\_\_ mm

TST provider \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_ Printed Name \_\_\_\_\_

If chest x-ray done, date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ and results \_\_\_\_\_

Provider phone number (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

If positive, referral to local/regional health department/specialist? Yes \_\_\_ No \_\_\_

If yes, name of health dept./specialist \_\_\_\_\_

Contact your local or regional health department if assistance is needed.

# Lead Risk Questionnaire

**Purpose:** To identify children who need to be tested for lead exposure.

## Instructions

- If **Yes or Don't Know**, test the child immediately.
- You may administer a blood lead test instead of using this questionnaire.
- For more information, contact the Texas Childhood Lead Poisoning Prevention Program at: 1-800-588-1248.

Patient's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Medicaid #: \_\_\_\_\_

Provider's Name: \_\_\_\_\_ Administered by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Questions (Spanish Version)

	Si	No	lo se	No
1. ¿Tu hijo vive o visita una casa, guardería, u otro edificio construido antes 1978?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2. ¿Tu hijo vive o visita una casa, guardería, u otro edificio que se está reparando o remodelando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. ¿Tu hijo come o muerde cosas que no son comida, como pedazos de pintura o tierra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. ¿Tu hijo tiene algun familiar o amigo que tiene o que tuvo niveles altos de plomo en la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. ¿Tu hijo es un refugiado recién llegado or un adoptado del extranjero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. ¿Tu hijo esta en contacto con un adulto que trabaja o con pasatiempos que este expuesto al plomo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>Ejemplos</i>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción o reparación de casas</li> <li>• Fabricación o reparación de baterías</li> <li>• Quema de madera pintada con plomo</li> <li>• Taller mecánico para autos o deshuesadero</li> <li>• Partes sueltas para tubos de cañerías y válvulas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación de químicos</li> <li>• Fundición de latón/cobre</li> <li>• Fabricación de pesas para pescar</li> <li>• Ir a un campo de tiro o recargar balas</li> <li>• Reparación de radiadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terminado de muebles</li> <li>• Fabricación de cerámica</li> <li>• Industria del plomo</li> <li>• Soldadura</li> </ul>		
7. ¿Su familia usa productos de otros países como alfarería, cerámica, remedios caseros, especias o comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<i>Ejemplos</i>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El plomo se ha encontrado en medicinas tradicionales como Ayurvedic, greta, azarcón, alarcón, alkohl, bali goli, coral, ghasard, liga, pay-loo-ah, rueda</li> <li>• Cosméticos como kohl, surma, y sindor</li> <li>• Cerámica importada o glaseada, dulces importados, y píldoras alimenticias con excepción de las vitaminas.</li> <li>• Productos enlatados o empacados fuera de los estados unidos.</li> </ul>				

Test Immediately

## Formulario de Decisión de los padres sobre el almacenamiento y el uso de tarjetas de recogida de gotas de sangre para pruebas de detección temprana a recién nacidos

### ¿Qué pasa con la tarjeta de recogida de gotas de sangre después de las pruebas?

- El DSHS guardará las tarjetas en un lugar seguro hasta por dos años. Según la ley de Texas (Código de Salud y Seguridad, sección 33.018(b)-(c)), las gotas de sangre podrían usarse durante ese tiempo. Dichos usos incluyen:
  - el aseguramiento de calidad del DSHS y externo para cerciorarse de que las pruebas, el equipo y los suministros estén funcionando como deben
  - el desarrollo de nuevas pruebas o
  - el estudio del DSHS de enfermedades que afectan la salud pública.
- Si usted lo autoriza, las tarjetas de su bebé se guardarán hasta por 25 años, y podrían usarse para investigaciones de salud pública fuera del DSHS.

**Por favor lea abajo. Entonces usted puede decidir qué quiere que el DSHS haga con la tarjeta de recogida de gotas de sangre de su bebé una vez completadas las pruebas de detección temprana a recién nacidos.**

- **Si marca la casilla 'SÍ' Y firma este formulario:**
  - todas las tarjetas de su bebé se guardarán de forma segura hasta por 25 años.
  - las tarjetas podrían usarse para investigaciones de salud pública. Las investigaciones podrían tener lugar fuera del DSHS. Las investigaciones estudiarán problemas de salud pública como el cáncer, los defectos de nacimiento u otras enfermedades.
  - Puede cambiar de parecer en cualquier momento. Llame al DSHS (al número de abajo) para conocer los detalles.
- **Si marca la casilla 'NO' O no firma O no rellena O no devuelve este formulario:**
  - aun así las pruebas se harán como exige la ley de Texas.
  - las tarjetas de su bebé se guardarán de forma segura. Se destruirán en cuestión de dos años.
  - las tarjetas NO se usarán para investigaciones de salud pública fuera del DSHS.

**¿Pueden revelar información acerca de mí o mi bebé sin mi autorización?** No importa lo que elija en este formulario, ninguna información que lo identifique a usted o a su bebé puede revelarse fuera del DSHS sin su autorización por escrito adicional. Hay algunas excepciones, según provee la ley.

**Ya mandé el formulario en el que indiqué mi decisión. ¿Necesito mandarlo de nuevo?** NO. Un solo formulario basta para todas las tarjetas de pruebas de su bebé.

**Mayor información:** llame al 1(888) 963-7111, ext. 7333, o visite el sitio web: [www.dshs.state.tx.us/lab/newbornscreening.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/lab/newbornscreening.shtm)

**PADRE/MADRE:** lea este formulario. Seleccione una opción. Firmelo y devuélvalo.

1. **RELLENE** el formulario a continuación.

N.o de serie del formulario de la muestra (de estar éste disponible): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

Primer nombre y apellido del bebé: \_\_\_\_\_

Primer nombre y apellido de la madre: \_\_\_\_\_

Teléfono del padre o la madre: \_\_\_\_\_

2. **MARQUE** sólo una casilla y FIRME abajo.

**SÍ** Doy mi **AUTORIZACIÓN** para que el DSHS guarde las tarjetas de mi bebé después de completadas las pruebas. Las gotas de sangre sin información identificadora podrían usarse para investigaciones de salud pública fuera del DSHS.

**'NO'** **NO** quiero que se usen las tarjetas de mi bebé para ninguna investigación fuera del DSHS. Entiendo que se destruirán las tarjetas en cuestión de 2 años.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o la madre)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

3. **DEVUELVA** este formulario al personal del hospital o del consultorio médico. Ellos lo mandarán junto con las tarjetas. O bien, puede mandarlo por **CORREO POSTAL** a:

Texas Department of State Health Services (DSHS)  
 Newborn Screening Laboratory, MC 1947  
 PO Box 149341 Austin, Texas 78714-9341